

Formulario de Solicitud de Apelación

Este formulario es para las apelaciones del Mercado de seguros en **Pensilvania o Wyoming**.

Para obtener un Formulario de Solicitud de Apelaciones para las apelaciones del Mercado de seguros en otros estados, vaya a CuidadoDeSalud.gov/es/can-i-appeal-a-marketplace-decision.

Para presentar una apelación, llene este formulario y envíelo por correo aquí:

Health Insurance Marketplace
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0061

También puede presentar una apelación llamando al Centro de Llamadas del Mercado de seguros al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-855-889-4325. **El solicitar una apelación va en función del tiempo. Por favor revise su aviso de elegibilidad para encontrar las instrucciones para las apelaciones específicas para cada persona en su casa, incluyendo el tiempo límite en el cual cada persona puede solicitar una apelación.** Su elegibilidad puede cambiar como resultado de su apelación y en algunos casos, la elegibilidad de los miembros de su familia puede cambiar también, aún si no presentan su propia apelación.

Puede apelar si piensa que hicimos algún error sobre su elegibilidad o la de los miembros de su familia (vea la página 2 para más información). Por ejemplo, puede apelar si piensa que determinamos su elegibilidad incorrectamente porque nos equivocamos en su ingreso, el tamaño de su familia, ciudadanía, estatus de inmigración o residencia. Si varios miembros de su casa desean apelar las determinaciones sobre su aviso de elegibilidad, indique sus nombres debajo para saber aquellas que se están apelando.

Por favor mantenga una copia de todos los formularios para sus registros.

APELANTE 1

(Un "apelante" es una persona que solicita una apelación. Esta sección debe ser llenada por la persona que solicita la apelación o por uno de los padres/tutor.)

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de teléfono	
Dirección de correo electrónico			
Calle			Apt./Suite #
Ciudad	Estado	Código Postal	

Indique los nombres de otros miembros de la casa que están solicitando una apelación usando este formulario.

Nombre(s)*

APELANTE 2: _____

APELANTE 3: _____

APELANTE 4: _____

* Si hay personas adicionales en su casa que quieren presentar una apelación usando este formulario, por favor anexe por separado una hoja de papel con sus nombres.



Apelaciones de negación de Medicaid

Si se le negó Medicaid y quiere apelar, puede tener el recurso de apelación de Medicaid en el Mercado de seguros, junto con una apelación sobre su elegibilidad para comprar cobertura a través del Mercado de seguro y los créditos fiscales y las reducciones de costos compartidos, si desea apelar las determinaciones también. O bien, usted puede tener su apelación de Medicaid por separado por su agencia estatal de Medicaid.

Si desea tener su apelación de Medicaid por su agencia estatal de Medicaid, marque la casilla de abajo y le enviaremos su solicitud a la agencia estatal de Medicaid. Si no marca la casilla, su apelación Medicaid será atendida por el Mercado de seguros.

Me gustaría que la apelación de mi negación de elegibilidad de Medicaid sea atendida por mi agencia estatal de Medicaid.

Para obtener más información sobre el proceso de apelación de Medicaid de su estado, llame a su agencia estatal de Medicaid. Visite [CuidadoDeSalud.gov/downloads/es/appeals-contacts.pdf](https://www.CuidadoDeSalud.gov/downloads/es/appeals-contacts.pdf) para obtener una lista de números de teléfono de agencias de apelación de Medicaid para obtener información de las apelaciones de Medicaid en su estado.

Representante autorizado (si aplica)

Es posible que tenga un pariente, amigo, asesor legal u otra persona que hable por usted, incluyendo a un representante autorizado, que le ayuda a presentar, apelar o participar en su apelación.

Si elige nombrar a un representante autorizado, le está dando permiso a esta persona para hablar con nosotros sobre su apelación.

Si desea nombrar a un representante autorizado, pero no lo ha hecho aún, complete la solicitud de representación autorizada en el Apéndice C y envíela por correo junto con este Formulario de Requisición de Apelación. También puede ingresar a su cuenta de Mercado de seguros, o llamar al Centro de Llamadas del Mercado de seguros al 1-800-318-2596.

Si ya nombró a un representante autorizado, llene la sección de abajo con su información. Si hay más de un representante autorizado para los apelantes que indicó arriba, anexe una hoja por separado y provea la información en la casilla de abajo para cada representante autorizado.

Nombre de su representante autorizado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico (opcional)

Nombre de la organización (si aplica)

Calle

Apt./Suite #

Ciudad

Estado

Código Postal

Autorización para divulgar y usar información del impuesto federal y número de Seguro Social durante una apelación

Durante su apelación, es posible que desee compartir la información que usamos para hacer la determinación de su elegibilidad. Esta información puede incluir información sobre los impuestos federales del Servicios de Impuestos Internos (IRS), incluyendo información de su última declaración de impuestos federales o el ingreso que obtuvo del Seguro Social como:

- Su estatus de las declaraciones y si presentó o no la declaración de impuestos sobre el ingreso
- El número de dependientes que se reclamaron en su declaración
- Información adicional proporcionada por ley para determinar la elegibilidad para ayuda financiera para pagar las primas del seguro de salud y reducir los costos de su bolsillo para los servicios de atención médica
- Información sobre sus ingresos
- La cantidad de beneficio mensual que actualmente recibe del Seguro Social
- El número de trimestres que ha recibido la cobertura para el cuidado de la salud

El Mercado no puede divulgar información sobre impuestos federales o sobre sus ingresos del Seguro Social sin su autorización. Usted nos da la autorización para divulgarla al firmar en la página 4.



Lea y firme abajo

La información en esta sección aplica a todas las personas que firman abajo, incluyendo el (los) apelante(s) y todos los demás adultos que viven en la casa del apelante.

Entiendo que al completar, firmar y fechar abajo, autorizo al Mercado de seguros divulgar información sobre impuestos federales del IRS e información sobre ingresos del Seguro Social que se ha recabado en base a mi solicitud y de otras fuentes de datos que pudieron haberse usado para hacer la determinación de elegibilidad. Entiendo que esta información puede ser divulgada para usarse durante el proceso de las apelaciones. Cada miembro adulto de la casa debe autorizar la divulgación de sus impuestos federales e ingresos al firmar abajo o en un formulario separado. La autorización es válida hasta que la apelación se concluya o cuando notifique al Mercado de seguros lo contrario.

Entiendo que al completar, firmar y fechar abajo, autorizo al Mercado de seguros divulgar información sobre mis impuestos federales del Servicio de Impuestos Internos e información sobre ingresos de la Administración del Seguro Social junto con información adicional en mi registro de elegibilidad, que se haya recabado en base a la solicitud que llené y de otras fuentes de datos que se han usado para hacer la determinación de elegibilidad, a mi representante autorizado y otros miembros de la casa cuyas firmas se proporcionan abajo. Entiendo que puedo solicitar una copia de mi registro de elegibilidad durante el proceso de apelación. Cada miembro adulto de la casa debe autorizar la divulgación de su información de impuestos federales y la información de ingresos de la Administración del Seguro Social al firmar abajo o en un formulario por separado. La autorización es válida hasta que se concluya la apelación o les notifique lo contrario.

Estoy firmando este formulario bajo pena de perjurio, lo que significa que he dado respuestas verdaderas a todas las preguntas que he contestado a mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a penalidades bajo la ley federal si proporciono información falsa.

Entiendo que no tengo que completar este formulario. En forma voluntaria estoy completándolo para poder hacer una apelación al Mercado de seguros.

Firma del apelante 1 solamente (o padre, tutor o representante autorizado, si aplica)

Entiendo que soy el contacto principal con fines de apelar estas determinaciones de elegibilidad.

Nombre del apelante 1 (o padre, tutor o representante autorizado, si aplica) (Nombres y Apellido)

Parentesco con el apelante 1 (si aplica)

Firma del apelante 1 (o padre, tutor o representante autorizado, si aplica)

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

Firmas adicionales de adultos en el hogar

Todos los adultos indicados en la solicitud de elegibilidad inicial que tienen 18 años o más, ya sea que se indiquen o no como apelantes en este formulario, deben también firmar para autorizar la divulgación de información sobre impuestos federales e ingreso del Seguro Social para fines de esta apelación.

Nombre del apelante 2 de un adulto en el hogar (si aplica)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Firma del apelante 2 o de un adulto en el hogar (si aplica)

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

Nombre del apelante 3 de un adulto en el hogar (si aplica)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Firma del apelante 3 o de un adulto en el hogar (si aplica)

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

Nombre del apelante 4 de un adulto en el hogar (si aplica)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Firma del apelante 4 o de un adulto en el hogar (si aplica)

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)



Pasos siguientes

- 1. Enviaremos la confirmación de su solicitud de apelación y otras instrucciones:** También el enviaremos una carta para notificarle que hemos recibido su solicitud. Este aviso también le explicará sobre su cobertura de salud mientras se procesa su apelación. Si hubiera algún problema con la solicitud de apelación, como el caso de faltar información o requerir aclaraciones, le informaremos para que corrija esto en un tiempo determinado.
- 2. Revise su información:** Revisaremos su solicitud y cualquier información adicional que presente, junto con la información que usamos para determinar inicialmente su elegibilidad. Es posible que lo contactemos para pedirle más información o discutir su apelación. Tiene el derecho de revisar la información que se usó para resolver su apelación, incluyendo la información en su cuenta electrónica.
- 3. Resolución informal:** Es posible que resolvamos su apelación informalmente revisando toda su información y discutiéndola con usted. Después de revisar su información y discutir su apelación con usted, según se requiera, le enviaremos la decisión de la resolución informal que explica su elegibilidad para la cobertura de salud. Si está satisfecho con esta decisión, ejecutaremos la decisión y terminaremos con la apelación. En este caso, no tendría una audiencia.
- 4. Audiencia:** Si no está de acuerdo con la decisión de la resolución informal, puede continuar el proceso en una audiencia. Una audiencia es una reunión informal con usted y el oficial de audiencias donde puede explicar la razón por la que piensa que nos equivocamos al determinar su elegibilidad.

La audiencia puede realizarse por teléfono. Puede participar en la audiencia usted o con alguien más. Esta persona puede ser un amigo, pariente, abogado, su representante autorizado (si tiene uno) u otra persona. Tiene el derecho a proporcionar información adicional al oficial de audiencias para su consideración antes o en el momento de la audiencia. También tiene el derecho a revisar toda la información que considerará el oficial para su apelación, incluyendo cualquier información en su cuenta de Mercado de seguros. Después de la audiencia, el oficial revisará su información y hará una decisión final sobre su apelación, la cual se le enviará por correo.

Presentando información adicional

Puede presentar información adicional para sustentar su apelación. Cualquier información que presente se revisará junto con la información que presentó en su solicitud y que se usó para hacer la determinación de su elegibilidad. Puede presentar información adicional anexándola y regresándola con este formulario o enviándola por correo en forma separada a:

Health Insurance Marketplace
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0061

Si la envía por separado, incluya la información completa de contacto del apelante 1 (tal como aparece en este formulario), incluyendo nombre, fecha de nacimiento, número de teléfono, dirección de correo electrónico (opcional) y dirección. Si hay varios apelantes indicados en este formulario, identifique al apelante(s) específico(s) cuya apelación(es) son sustentadas por la información adicional.

Solicitando una apelación urgente

Si tiene necesidad inmediata de los servicios de salud y un retraso pudiera arriesgar seriamente su salud, puede solicitar una apelación urgente llamando al Centro de Llamadas del Mercado de seguros al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-855-889-4325. Visite **CuidadoDeSalud.gov** para obtener información adicional sobre el proceso de apelación urgente.

Cobertura de salud durante su apelación

Es posible que conserve su elegibilidad para la cobertura mientras su apelación se procesa. Si su apelación se acepta, le notificaremos si califica para mantener su elegibilidad mientras su apelación está en trámite.

Servicios de asistencia en otros idiomas

Si necesita ayuda en otros idiomas que no sea el inglés, tiene el derecho a obtener información en su idioma sin costo. Llame al Centro de Llamadas del Mercado de seguros al 1-800-318-2596 para acceder a estos servicios de asistencia.

Accesibilidad

Si tiene una incapacidad y necesita una adaptación razonable, ingrese a su cuenta de Mercado de seguros o llame al Centro de Llamadas del Mercado de seguros al 1-800-318-2596 para solicitar las adaptaciones. Se encuentran disponibles y se ofrecen sin costo.

¿Dónde puedo encontrar más información?

Vaya a **CuidadoDeSalud.gov/es/can-i-appeal-a-marketplace-decision**, o llame al Centro de Llamadas del Mercado de seguros al 1-800-318-2596.

Privacidad y uso de su información

Mantendremos su información privada como lo requiere la ley. Para información adicional, lea la Declaración de la Ley de Privacidad incluida en este formulario.



Declaración de Ley de Privacidad

Estamos autorizados para recabar información en este formulario y cualquier documento de apoyo, incluyendo números del Seguro Social, bajo la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado Médico Asequible (Ley Pública No. 111-148), en su versión modificada por la Ley del Cuidado de la Salud y de Reconciliación de la Educación de 2010 (Ley Pública No.111-152) y la Ley del Seguro Social.

Necesitamos la información proporcionada por usted y las otras personas indicadas en este formulario para procesar su solicitud de apelación de elegibilidad para: (1) inscribirse en un plan de salud calificado a través del Mercado de seguros de salud federal, (2) para programas de asequibilidad de seguros y (3) para certificaciones de exención del requisito de responsabilidad individual. Como parte de ese proceso, revisaremos toda la información proporcionada en el formulario, verificaremos cualquier información recabada a través del proceso de apelación y nos comunicaremos con usted o su representante autorizado. También usaremos la información proporcionada como parte de la operación continua del Mercado de seguros, incluyendo actividades tales como la verificación de la elegibilidad continua para todos los programas, reporte sobre y manejo de programas de asequibilidad de seguros para individuos elegibles, revisiones y control de calidad, combate al fraude y respuestas a cualquier inquietud sobre la seguridad o confidencialidad de la información.

Ya que el proporcionar la información solicitada (incluyendo los números de Seguro Social) es voluntario, el no hacerlo puede retrasar o evitar que obtenga la cobertura de salud a través del Mercado de seguros, créditos fiscales anticipados para primas, reducciones de costos compartidos o exención del pago por responsabilidad compartida. Si no tiene una exención del pago por responsabilidad compartida y no mantiene una cobertura de salud autorizada por tres meses o más durante el año, podría estar sujeto a una multa. Si no proporciona información correcta en este formulario o suministra información falsa o fraudulenta con su conocimiento o en forma intencional, podría estar sujeto a una multa y otras medidas que dicte la ley.

Para poder verificar y procesar una solicitud de apelación, determinar la elegibilidad y operar el Mercado de seguros, necesitaremos compartir información seleccionada que recibimos fuera del CMS, incluyendo a:

1. Otras agencias federales (tales como el Servicio de Impuestos Internos, la Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y la entidad de apelaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos), agencias estatales (tales como Medicaid y CHIP) o agencias gubernamentales locales. Es posible que usemos la información que proporciona en los programas de cotejo electrónico con cualquiera de esos grupos para hacer determinaciones de elegibilidad o para verificar la continua elegibilidad para los programas federales de beneficios;
2. Entidades judiciales de revisión a nivel estatal o federal según lo disponga la ley;
3. Solicitantes/afiliados y representantes autorizados de solicitantes/afiliados;
4. Contratistas del CMS comprometidos a realizar funciones para el Mercado de seguros; y
5. Cualquier otra persona como lo requiere la ley o es permitido por el Sistema de Aviso de Registros de la Ley de Privacidad asociado con esta recopilación (Sistema de Intercambios de Seguros de Salud de CMS (HIX), Sistema de CMS No. 09-70-0560, en su versión modificada, 78 Registro Federal, 8538, Marzo 6, 2013, y 78 Registro Federal, 32256, Mayo 29, 2013).

Esta declaración provee la notificación requerida por la Ley de Privacidad de 1974 (5.U.S.C. § 552a (e)(3)). Puede aprender más sobre cómo manejar su información en CuidadoDeSalud.gov.

Declaración de Divulgación del PRA

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona tiene que responder a un conjunto de información a menos que muestre un número válido de control OMB. El número válido de control OMB para esta información recolectada es 0938-1207. El tiempo requerido para completar esta información se estima en una hora promedio por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la información. Si tiene comentarios relacionados con la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



¿PREGUNTAS? Visite CuidadoDeSalud.gov. O, llame al **1-800-318-2596** (TTY: **1-855-889-4325**). La llamada es gratis. También podrá encontrar cómo llamar a alguien en persona, en línea o a través de la línea de ayuda.

APENDICE C

Formulario Aprobado
OMB No. 0938-1191

Ayuda para completar esta solicitud

Puede seleccionar un representante autorizado.

Puede otorgarle a una persona de confianza permiso para hablar sobre esta solicitud con nosotros, ver su información y actuar por usted en situaciones relacionadas con esta solicitud, incluyendo la obtención de información sobre su solicitud y la firma de su solicitud en su nombre. Esta persona se llama "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar a su representante autorizado, contacte al Mercado de seguros.

1. Nombre del representante autorizado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)		
2. Dirección		3. Número de Apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado <input type="text"/> <input type="text"/>	6. Código Postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Número de teléfono (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
8. Nombre de la organización		
9. Número ID (si aplica) <input type="text"/> <input type="text"/>		
Al firmar, usted permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre su solicitud y actúe por usted en todos los asuntos futuros relacionados con esta solicitud.		
10. Su firma		11. Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Para asesores certificados para solicitantes, navegadores, agentes e intermediarios solamente.

Completar esta sección si es un asesor certificado para solicitantes, navegador, agente o intermediario llenando esta solicitud para alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
2. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo		
3. Nombre de la organización		
4. Número ID (si aplica) <input type="text"/> <input type="text"/>		5. Agentes/Intermediarios solamente: número NPN <input type="text"/> <input type="text"/>



¿PREGUNTAS? Visite CuidadoDeSalud.gov. O, llame al **1-800-318-2596** (TTY: **1-855-889-4325**). La llamada es gratis. También podrá encontrar cómo llamar a alguien en persona, en línea o a través de la línea de ayuda.